

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1914

THÈSE

N.
281

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par Camille BOUSSION

Né à Bazoges-en-Paillers (Vendée) le 4 mars 1885.

LE

POIDS PHYSIOLOGIQUE

Président : M. GILBERT, professeur.

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

25-27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 25-27

—
1914

1234

281

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1914

THÈSE

N°
—

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par **Camille BOUSSION**

Né à Bazoges-en-Pailiers (Vendée) le 4 mars 1885.

LE

POIDS PHYSIOLOGIQUE



Président : M. GILBERT, professeur.

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

25-27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 25-27

1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHEL.
Physique médicale	WEISS.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL.
Pathologie chirurgicale	TEISSIER.
Anatomie pathologique	LEJARS.
Histologie	PIERRE MARIE.
Opérations et appareils	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	Aug. BROCA.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	MARFAN.
Médecine légale	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée	LETULLE.
	ROGER.
	DEBOVE.
Clinique médicale	LANDOUZY.
	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	HUTINEL.
Maladies des enfants	GILBERT BALLET
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEJERINE.
Clinique des maladies du système nerveux	PIERRE DELBET.
Clinique chirurgicale	QUENU.
	RECLUS.
	HARTMANN.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU.
	BAR.
Clinique d'accouchements	PINARD.
	RIBEMONT-DES-SAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrévés en exercice.

MM.			
ALGLAVE	GUENIOT	LEREBOULLET	RIBIERRE
BERNARD	GUILLAIN	LÉRI	RICHAUD
BRANCA	JEANNIN	LÖPER	ROUSSY
BRUMPT	JOUSSET (ANDRÉ)	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	LABBÉ (HENRI)	MOCQUOT	SAUVAGE
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVAS.	MULON	SCHWARTZ (A.)
CHAMPY	TINE	NICLOUX	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
COUVELAIRE	LECÈNE	OKINCZYC	TERRIEN
DESMAREST	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
GOUGEROT	LENORMANT	RATHIER	VILLARET
GREGOIRE	LEQUEUX	RETTERRER	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur GILBERT

A M. Le D^r LEVEN

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
et de l'Hospice des Enfants-Assistés
Membre adjoint de la Société anatomique

*Qui nous a inspiré le sujet de notre thèse et a bien
voulu nous aider de ses conseils.*

Témoignage de sincère reconnaissance.

A MES MAÎTRES

MESSIEURS LES PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

MM. LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS
DES HOPITAUX DE NANTES

A M. le D^r CIVEL

Chirurgien de l'hôpital civil de Brest
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

LE POIDS PHYSIOLOGIQUE

INTRODUCTION

Nous avons voulu montrer sous ce titre *Le poids physiologique*, qu'il existe pour chaque individu un poids fixe qui correspond au meilleur état de santé de cet individu, que ce poids ne peut se déterminer par les méthodes courantes et qu'il a en clinique une grande valeur séméiologique. Nous avons cherché à démontrer la grande importance des renseignements fournis par l'étude du poids des malades en insistant sur les principales causes d'erreurs que l'on doit éviter en faisant des pesées fréquentes. Nous tenons à exprimer toute notre gratitude à M. le Dr Leven qui nous a inspiré le sujet de notre thèse et a mis à notre disposition de nombreuses observations.

CHAPITRE PREMIER

Méthodes des Pesées

L'importance de la recherche du poids normal n'est pas chose nouvelle. Pour cette recherche il existe des méthodes pratiques.

1) Quételet (1) a dressé des tables dans lesquelles il note le poids du sujet normal à tous les âges. Il suffit de comparer le poids de l'individu avec le poids du sujet normal de même âge et de même taille.

La grosse objection qu'on peut faire aux tables de Quételet, c'est qu'il ne s'agit que de moyennes et pour des tailles différentes les chiffres deviennent inexacts.

2) Il est une autre méthode de pratique courante. On a proposé de considérer comme poids normal le poids d'un individu en prenant le nombre de kilogrammes représentés par le nombre de centimètres de sa hauteur diminué de 100. Un sujet de 1 m. 60 devrait donc peser 60 kilogrammes. Cette méthode est très simple. Elle est inexacte pour les tailles extrêmes. Pour les tail-

1. Castaigne et Rathery. (page 227).

les moyennes elle est vraie chez un certain nombre d'individus et fausse pour beaucoup.

3) On a encore proposé de multiplier par 4 le nombre de décimètres de la taille. Les résultats ne sont pas meilleurs.

4) Gautier (1) pense qu'entre 20 et 30 ans un homme pèse normalement, exprimé en kilogrammes, à peu près le nombre qui indique sa taille exprimée en centimètres diminué de 105.

Ces méthodes diffèrent peu. Souvent vraies pour les tailles moyennes, elles ne sont jamais rigoureusement exactes pour un individu pris isolément.

5) Gautrelet (2) emploie une méthode qui consiste à prendre la moyenne entre les trois indices obtenus.

1) En multipliant la taille par une constante, 0,4.

2) En multipliant la carrure c'est-à-dire la mesure d'une extrémité acromiale à l'autre, par une constante, 1,66.

3) En y ajoutant le poids de l'individu nu.

Les trois chiffres sont divisés par 3. On aurait ainsi le poids de l'homme à 30 ans. Au-dessus et au-dessous il faudrait soit ajouter soit retrancher une certaine quantité de poids établie d'après les tables.

Nous pensons qu'il est inutile d'entreprendre la critique de ces méthodes. Leurs auteurs eux-mêmes les ont trouvées imprécises. Ils ont compris la nécessité d'y apporter des rectifications.

En clinique et en pratique courante, ces méthodes

1-2. Castaigne et Rathery (page 228).

sont insuffisantes. Chaque individu a en effet son poids physiologique qui lui est propre.

Vers l'âge de 25 ans, âge du développement complet, l'homme normal atteint un poids dont la fixité demeure à tel point constante à deux ou trois kilogrammes près, que les variations en plus ou en moins coïncident toujours avec des manifestations morbides parfois minimes et alors difficiles à dépister.

Une pareille observation, écrit M. G. LEVEN, conduit à formuler certaines lois qui régissent les variations de poids de l'homme normal et de l'homme malade avec une rigueur égale à celle que l'on trouve dans les sciences exactes.

CHAPITRE II

Fixité du poids physiologique

Pour chaque individu normal et sain il existe un poids physiologique. C'est ce poids du corps que l'on observe aussi bien chez l'homme que chez la femme à l'état de santé parfaite. Il se caractérise par sa fixité. Celle-ci n'est pas influencée par certaines causes qui paraîtraient *à priori* devoir la modifier.

Chez le sujet sain à l'état de développement complet la suralimentation n'augmente pas ce poids. Si l'augmentation se produit, ce ne sera pas de suite. Elle succédera à la dyspepsie, résultat de la suralimentation. Le sujet luttera contre l'engraissement. Si on cesse à temps la suralimentation, son effet aura été nul. Si on la prolonge suffisamment pour que le mécanisme régulateur du poids soit faussé, le sujet augmentera de poids. Alors il touche à un état morbide.

D'après M. G. Leven, d'après Sabourin, l'aptitude à l'engraissement considérée par des médecins spécialisés dans le traitement de la tuberculose comme une

chose excellente leur paraît au contraire témoigner d'une fragilité morbide excessive.

Avec M. Leven nous irons plus loin. La suralimentation avons-nous dit crée la dyspepsie. Elle n'engraisse donc pas nécessairement tous les malades. Chez certains elle détermine l'amaigrissement. On peut voir la constatation de ce fait dans les observations que nous citons.

La suralimentation n'influence donc pas le poids physiologique (Obs. n° 2).

C'est par un procédé analogue et du reste inconnu que l'organisme se défend contre l'amaigrissement. Un sujet sain et normal peut être soumis à un régime alimentaire très réduit durant un temps assez prolongé, un mois même sans abaissement appréciable du poids. Cet abaissement ne se produit que lorsqu'on dépasse les limites de la résistance de l'organisme et du système régulateur du poids, résistance variable du reste suivant les sujets.

Le surmenage physique lui-même n'est pas davantage un facteur constant d'amaigrissement. Le sujet ne maigrit qu'après un effort soutenu trop longtemps (1) qui compromet la santé. Si le sujet maigrit rapidement c'est qu'il n'était pas sain et normal. Ordinairement le sujet surmené maigrit pendant quelques jours, puis il recupère son poids physiologique.

A ce propos, M. Leven (2) écrit : « Nous savons que

1. Observ. n° 1.

2. G. Leven. *La dyspepsie* (p. 179).

l'homme normal conserve sa température propre quelle que soit la température du milieu extérieur où il est placé. Il y a un équilibre thermique constant dépendant d'un appareil nerveux régulateur de la température. Il est vraisemblable qu'il existe un appareil nerveux régulateur du poids. Il jouerait un rôle de défenseur de l'organisme vis-à-vis des causes d'amaigrissement et d'engraissement en particulier : l'alimentation insuffisante, la suralimentation, le surmenage. L'équilibre thermique peut être détruit par la maladie. Il tend toujours à se rétablir. Nous citerons comme exemple la température du typhique qui s'abaisse dans un bain froid. Il en est de même du poids physiologique. A-t-il été modifié, il tend à revenir constant et fixe. »

On observe d'ailleurs que les mêmes causes qui faussent le système régulateur du poids peuvent produire inversement l'amaigrissement ou l'engraissement. Nous citerons un cas où le surmenage a amené une augmentation de poids de 20 kilos. C'est l'observation d'un propriétaire d'usine. Pendant longtemps il eut de graves soucis d'argent. Ses ouvriers se mirent en grève. Son appétit était nul, il mangeait peu, se donnait beaucoup d'exercice pour tromper son ennui. Or depuis depuis deux ans il a engraisé de 25 kilos. Il est tout surpris.

Ceci dit, il pourrait se faire qu'il n'y ait pas entre certaines variétés d'obésité et certains amaigrissements, les obésités et amaigrissements d'origine dyspeptique en particulier, le fossé profond que l'on y voit vulgairement.

Certains sujets peuvent au cours de leur existence traverser successivement des phases d'amaigrissement et d'engraissement pathologique. Ce fait paraît être sous la dépendance du système nerveux central et périphérique. C'est dans ce sens que M. M. Leven fit des recherches dans son livre (*La névrose*, Paris, 1887).

En résumé le poids physiologique de chaque individu est fixe. La suralimentation n'engraisse pas tous les sujets. La sous-alimentation ne diminue pas nécessairement le poids. Le surmenage physique et le repos physique sont souvent sans effet.

A l'appui de ces assertions sur la fixité du poids physiologique, nous citerons des faits. Grâce à l'obligeance de notre collègue et ami Bréger, médecin auxiliaire du 5^e régiment d'infanterie à Paris, nous avons eu à notre disposition les cahiers d'incorporation des classes 1911, 1912 et 1913. Nous avons étudié en même temps les cahiers des pesées bimensuelles.

Voici ce que nous avons remarqué : tous les soldats qui arrivent au régiment sont en général des individus sains et normaux ayant atteint ou à peu près leur poids physiologie. Or pendant les deux premiers mois qui suivent l'incorporation, les soldats engraisent de 2 ou 3 kilogrammes, soit par suite de la suralimentation, du changement d'air ou de l'exercice physique. Quelques-uns maigrissent ; c'est le plus petit nombre. Mais quatre ou dix mois après l'incorporation, tous ont récupéré leur poids initial qui était leur poids physiologique. Le fait est là brutal, bien probant.

Quelques-uns restent au-dessus du poids initial. Ce

sont ceux qui au régiment ont achevé leur développement. Ou bien si on les interroge on apprend qu'ils étaient souffrants au moment de leur incorporation.

D'autres sont restés pendant un certain temps au-dessous de leur poids physiologique. Si l'on consulte leurs fiches sanitaires, on voit que pendant ce temps ils ont été à l'hôpital le plus souvent pour bronchite. Après quoi progressivement ils ont récupéré leur poids. D'autres enfin sont restés au-dessous du poids de l'incorporation ; ce sont les malingres, les maladifs, ceux qui sont passés dans le service auxiliaire ou qui ont été réformés.

Chez tous les soldats restés sains, le poids physiologique n'a pas varié. A peine constate-t-on quelques oscillations d'un à deux kilogrammes.

Ces faits établissent d'une manière indiscutable l'existence d'un poids physiologique constant pour chaque individu sain. Ce poids ne varie pas même sous l'action des diverses influences qu'on croirait devoir le modifier et avec M. G. Leven on peut poser la question suivante :

« Que répondront les chimistes et les physiciens lorsque nous leur ferons observer que des malades soumis au régime lacté (1.500 gr. par 24 heures) absorbant par conséquent 900 calories ne maigrissent pas, le régime se prolongeant pendant 15, 20 jours et plus encore ; lorsque nous leur signalerons qu'un sujet soumis à une alimentation d'une valeur de 4.500 calories (observation

prise dans le service du D^r Caussade à l'Hôtel-Dieu) conserve un poids immuable, ou enfin que le poids d'un obèse diminue si l'on substitue à la ration de vin (800 calories une ration égale mais fournie par des hydrocarbonés ou des corps gras ? »

CHAPITRE III

A quoi correspond le poids physiologique ?

Nous avons dit ce que valent les méthodes tendant à évaluer le poids d'un individu. Nous avons montré que le poids physiologique de chaque individu était quelque chose de constant. Nous dirons maintenant de quoi se rapproche le poids physiologique.

On peut affirmer chez un sujet dont le poids est fixe depuis cinq, dix, quinze ans, que le poids est le poids physiologique. Pour cela point n'est besoin d'avoir mesuré le sujet, d'avoir tenu compte des rapports de sa taille et de son poids. Le poids pathologique ou trop faible ou trop élevé se distingue seulement du poids physiologique parce qu'il manque de fixité. Un obèse ou un amaigri oscille toujours grandement autour de son poids. Il le dépasse, l'atteint à nouveau. Il en est ainsi tant que le poids physiologique n'est pas récupéré.

Si l'on compare le poids physiologique à la taille, on trouve que le poids en rapport avec le nombre de centimètres au-dessus d'un mètre n'est souvent pas le poids

physiologique. Il le dépasse de beaucoup. Nous avons étudié minutieusement les cahiers d'incorporation du 5^e régiment d'infanterie à Paris. Nos recherches ont porté sur l'incorporation des trois dernières classes, soit un effectif de plus de 2.000 sujets. C'est à peine si dans 5 % des cas le poids physiologique est supérieur au nombre de centimètres au-dessus d'un mètre. Dans 30 % des cas il y a égalité, ce qui justifie un peu les méthodes courantes employées. Dans 65 % des cas le poids physiologique est inférieur au nombre de centimètres. Le plus souvent c'est une infériorité qui varie entre 1 et 5 kilogrammes. Dans 10 % des cas il y a une différence de plus de 5 kilogrammes.

Dans la pratique courante il arrive même que des sujets se trouvant maigres et le paraissant sont encore au-dessus de leur poids physiologique. Nous reproduirons de nombreuses observations au cours desquelles M. Leven a observé que chez des sujets déjà maigres le poids baissait à mesure que l'état s'améliorait (Confér. Obs. 3, 4, 5).

M. Leven en a rapporté de nombreux cas dans la *Presse médicale* (2 sept. 1908, n° 71). Il cite en particulier celui d'un médecin de l'armée qui vint le consulter en novembre 1907. Il s'alimentait difficilement, il avait des selles diarrhéiques depuis trois mois. Son alimentation était fort réduite à cause de la gastralgie qu'il redoutait. On l'alimenta sérieusement. Le poids de ce malade était de 71 kilogrammes pour une taille de 1 m. 70. En janvier 1908 le malade était descendu au poids de 53 kgr. 600. En juillet 1908 à 56 kgr. 800. A partir de ce moment il fut

complètement guéri. Comme on le voit, c'est là un poids physiologique faible.

Ne pouvant ici faire allusion à toutes les observations que nous citerons, nous reproduirons un tableau que M. Leven a fait paraître dans le *Journal médical français* (1914). C'est le résultat éloquent de ses observations. On y voit d'un simple coup d'œil combien le poids physiologique peut être faible par rapport à la taille.

	Age	Taille	Poids physiologique actuel	Poids pathologique antérieur
Hommes				
Obs. I.....	40 ans	1 m. 86	50 k.	72 k.
Obs. II.....	30 ans	1 m. 72	56 k.	71 k.
Obs. III.....	52 ans	1 m. 62	54 k. 500	60 k. 500
Obs. IV.....	35 ans	1 m. 88	79 k. 200	86 k.
Obs. V.....	49 ans	1 m. 65	54 k.	63 k.
Obs. VI.....	34 ans	1 m. 69	65 k.	72 k. 800
Obs. VII.....	43 ans	1 m. 65	54 k. 500	65 k. 200
Obs. VIII.....	31 ans	1 m. 56	49 k.	51 k. 500
Femmes				
Obs. IX.....	34 ans	1 m. 73	67 k. 800	82 k. 400
Obs. X.....	26 ans	1 m. 67	52 k.	55 k.
Obs. XI.....	58 ans	1 m. 59	56 k.	66 k. 300
Obs. XII.....	55 ans	1 m. 74	60 k.	93 k.

M. Leven conclut ainsi : « Plusieurs de ces malades méritèrent d'être tranquilisés. Si je n'avais pas connu l'existence des poids physiologiques faibles et celle des

poids pathologiques paraissant normaux à cause du rapport classique du poids et de la taille, je n'aurais pas été capable de rassurer ces malades, dont l'un est confrère de l'armée. Deux, quatre, sept et dix années se sont écoulées depuis le début de ces traitements et le temps a confirmé l'exactitude des diagnostics et consolidé la notion du poids physiologique minime. »

Enfin le 16 avril dernier, un commandant du 5^e régiment d'infanterie conduisit à la visite un sergent fourrier. Le sous-officier, déjà maigre et qui fait peu de marches et pas d'exercice, avait perdu 8 kilogrammes en moins de six mois. Notre collègue Bréger, médecin auxiliaire fit un examen minutieux. Il ne trouva rien de suspect à l'auscultation, aucun signe de dyspepsie, aucune cause d'amaigrissement ne fut décelée. Cependant ce sous-officier avait fait précédemment de la suralimentation au cours d'une bronchite et il avait engraisé. Or il vient de retomber à son poids physiologique qui est de 67 kilogrammes, sa taille étant de 1 m. 81. Jamais sa santé n'a été si bonne.

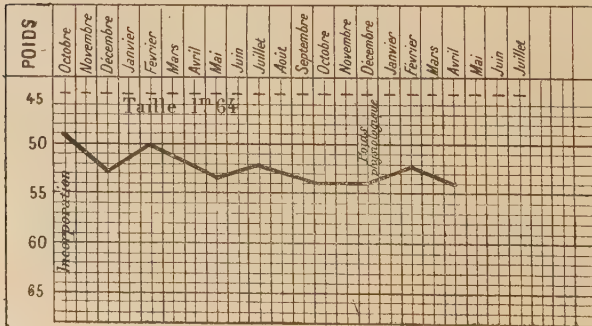
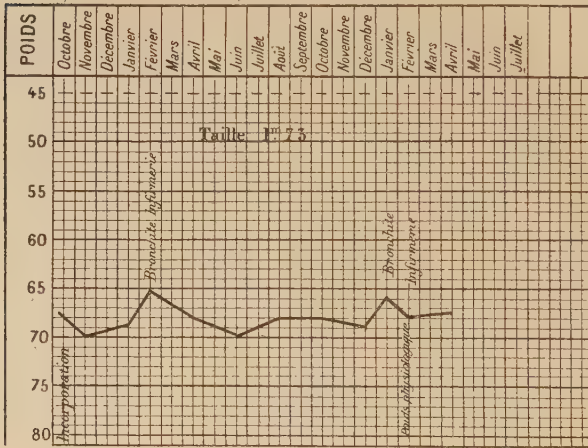
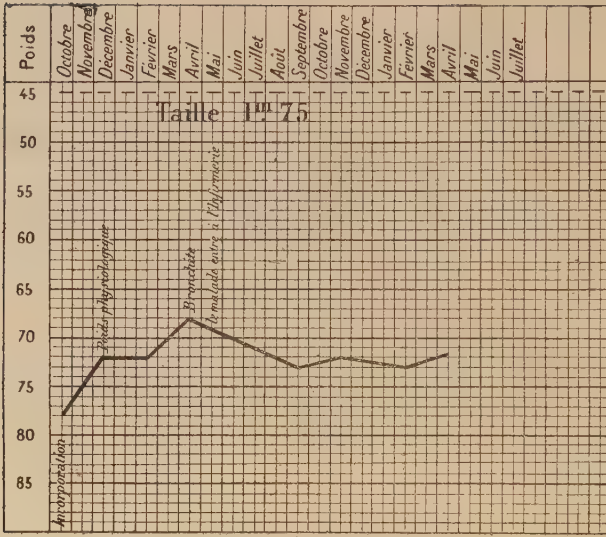
CHAPITRE IV

De l'importance sémiologique du poids physiologique

Le poids physiologique est donc fixe. Un sujet peut perdre pendant quelques jours son poids physiologique s'il ne le récupère pas rapidement son cas relève de la pathologie.

Nulle part peut-être mieux qu'au régiment on n'a la preuve de ce fait. Il existe en effet dans chaque régiment des pesées bimensuelles. En même temps qu'on pèse chaque individu on a sous les yeux le poids de l'incorporation et des pesées antérieures, poids qui est ordinairement le poids physiologique. Un soldat a-t-il perdu 2 ou 3 kilogrammes, on l'examine. Toujours on retrouve la cause de l'amaigrissement. Dans les cas les plus fréquents il est dû à une lésion pulmonaire. L'auscultation décèle aux sommets une respiration suspecte, ou bien des râles de bronchite aux bases. Il arrive même que des soldats courageux méconnaissent leur état. La diminution de leur poids seule l'indique au médecin.

Allons plus loin. Prenons les cartons où sont les fiches sanitaires. On voit que de nombreux soldats sont entrés à l'infirmerie pour bronchite, d'autres sont allés à l'hôpital. A ce moment la courbe qui indique leur poids a baissé. Nous reproduisons ici quelques exemples de ces fiches prises au hasard par notre collègue Bréger.



Tout sujet qui maigrit sans cause apparente et qui tombe au-dessous de son poids physiologique doit donc être considéré comme suspect. Il faut admettre que chez ce sujet l'état pathologique a dérégulé le système régulateur du poids qui a son centre dans le système nerveux.

Mais jusqu'où peut aller cet amaigrissement ? On peut admettre dans la pratique courante qu'à un état pathologique avancé correspond un amaigrissement en rapport. Qui n'a pas vu de ces bacillaires à la troisième période dont l'état squelettique indiquait la gravité des lésions et faisait faire le diagnostic à distance ?

Cependant il est des cas où l'amaigrissement prend des proportions fantastiques. C'est quand le système régulateur du poids est atteint directement, ce qui paraît se produire en particulier chez les malades atteints d'anorexie mentale. Nous avons vu et lu plusieurs observations de ces cas dans le service du Professeur Dejerine à la Salpêtrière et dans celui du Dr Babinski. Nous avons encore présente à la mémoire l'observation d'une malade du Professeur Dejerine dont le poids physiologique était de 65 kilogrammes environ. A la suite de chagrins, elle fut atteinte d'anorexie mentale. Six mois après elle était arrivée au poids curieux de 28 kilos si notre mémoire est bien fidèle. Ce n'était plus qu'un squelette. Les os semblaient percer la peau transparente. Et cependant tous les organes étaient intacts. On fit la rééducation de la malade. Elle reprit environ 15 kilogrammes en trois mois. Dans la suite elle récupéra son poids physiologique. Elle eut une rechute et

guérit à nouveau. Seul le centre nerveux qui commande le système régulateur du poids paraît être touché dans ces cas.

Et c'est un grand nombre d'observations de ce genre que nous pourrions citer. Il nous suffirait de glaner des observations à la clinique Charcot à la Salpêtrière.

Nous rapportons à la fin de notre thèse l'observation d'un malade qui malgré la suralimentation, malgré le repos au lit a maigri de 20 kilos en six mois. Ce malade avait une telle asthénie qu'il ne pouvait tenir debout. Il faut dire qu'il était neurasthénique et dyspeptique, et ces deux éléments associés ont abouti à un amaigrissement remarquable.

Worthmington rapporte d'après Wadt l'histoire d'un officier sorti vivant du trou noir où des cipayes révoltés à Calcutta l'avaient jeté pour qu'il y mourut de faim. Cet officier devenu obèse attribuait son engraissement au terrible événement dont il avait failli être victime.

La dernière preuve de l'influence du système nerveux sur l'accumulation de la graisse est fournie par une curieuse observation de Weir Mitchell. Elle concerne une fille de 12 ans chez qui le tissu adipeux faisait complètement défaut dans la moitié supérieure du corps, alors qu'il était normal dans toutes les autres régions. D'après Weir Mitchell, l'intégrité de la peau, des masses musculaires et du squelette semblerait démontrer la possibilité de centres nerveux distincts, capables d'empêcher la formation de la graisse. Il propose même de les localiser dans le segment postérieur de la moelle à

cause des zones d'anesthésie que l'enfant présentait au niveau des deux bras.

A l'hypothèse de W. Mitchell admettant que le tissu graisseux peut disparaître sous l'influence d'un centre nerveux spécial, se rattache l'hypothèse de l'accumulation de la graisse sous l'influence de ce même centre.

II. — Tout individu qui tombe au-dessous de son poids physiologique est un malade. Nous dirons également que tout sujet qui engraisse et qui dépasse son poids physiologique est un malade. Nous allons ainsi plus loin que le Professeur Bouchard qui fait exception pour 20 obèses sur 1.000.

Nous n'étudierons pas toutes les causes de l'obésité. Elles ont été très bien classées dans l'excellent livre des D^r Castaigne et Rathery (page 240).

Mais avec le D^r Sabourin d'une part, nous insisterons sur ce fait que si l'obésité n'est pas fonction de la tuberculose, elle constitue pour celle-ci un terrain très propice et nuit à son traitement. Elle entretient un état pathologique.

D'autre part avec le D^r Leven nous montreront que beaucoup d'obèses ne sont que des dyspeptiques parfois inconscients.

Beaucoup de tuberculeux par phobie de la rechute font de la suralimentation permanente et exagérée. Ils considèrent l'engraissement comme nécessaire à la guérison de la phtisie. Ils continuent à engraisser. Les lésions tuberculeuses réapparaissent.

Le D^r Sabourin publie l'observation suivante dans le journal des praticiens (février 1914).

Un jeune homme de 25 ans en huit ou dix mois s'était guéri d'un foyer suppurant avec infiltration plus ou moins étendue du lobe supérieur gauche. Sa santé générale était superbe, l'apyrexie parfaite, les signes locaux avaient disparu. Un beau jour, sans cause connue, la poitrine redevient grasse, l'expectoration reparaît avec légère température vespérale. C'est la rechute. On pèse le malade. Il a un poids dépassant de pas mal de kilos celui que théoriquement on croit pouvoir lui assigner. A l'auscultation on constate que le domaine des anciennes lésions est redevenu humide. Les crachats sont muco-purulents. L'auteur conclut ainsi : « Pour enrayer tout cela il est nécessaire et suffisant de faire perdre à ce malade son surcroît de belle santé. Il faut équilibrer son budget organique en restreignant son alimentation sur tel ou tel point d'une part et d'autre part en lui faisant prendre de l'exercice.

« Il perdra rapidement un certain poids, il fera des muscles et l'on admirera avec quelle rapidité le domaine des anciennes lésions pulmonaires se desséchera à nouveau pour revenir à l'état de guérison apparente déjà connue.

« Instruit par cette leçon de choses, le patient saura qu'à l'avenir il ne doit pas dépasser un certain poids à un kilo d'oscillation près. Mais il n'est pas toujours facile d'inculquer à un tuberculeux qui a consciencieusement travaillé pendant des mois à s'engraisser comme une poularde que cet embonpoint est nuisible, funeste, même et qu'il faut revenir en arrière, restreindre son alimentation, remplacer cet embonpoint de basse-cour

par des tissus nobles et débarrasser tous les viscères de la gaine adipeuse qui les englue et gêne leur fonctionnement. Heureusement qu'en très peu de temps les malades peuvent s'émerveiller du résultat obtenu en constatant que leur poitrine devient de plus en plus libre, qu'ils toussent et expectorent moins, que leur thermomètre baisse encore le soir. Ils finissent par comprendre que leur embonpoint n'est pas un brevet de santé. »

C'est ainsi qu'en appliquant une thérapeutique boiteuse on rend un tuberculeux dyspeptique et qu'on peut croire un dyspeptique tuberculeux.

M. Leven insiste sur ce fait que parmi les symptômes de la tuberculose, il en est un que la suralimentation et l'obésité entretiennent ; c'est la toux. Non seulement la toux réflexe gastrique est exagérée, mais encore la toux qui dépend des sécrétions bronchiques. Ce fait est prouvé par l'influence du régime alimentaire sévère chez les bronchitiques vulgaires et même chez les enfants atteints de coqueluche (G. Leven. Des dyspeptiques considérés à tort comme des tuberculeux. *Revue de la tuberculose*, juin 1908, n° 33).

De son livre sur *La Dyspepsie*, page 97, M. Leven publie l'observation d'un sous-chef de gare (1) qu'il eut l'occasion de soigner en 1900. Le malade avait 44 ans et pesait 93 kilos. Il toussait depuis quinze ans autant l'été que l'hiver. Les bronchites se succédaient ; l'expectoration était abondante. Il avait une dyspnée continue. L'auscultation du poumon révélait l'existence de nom-

breux râles humides, sibilants et ronflants. Il avait en outre une grande dilatation d'estomac, de la gastralgie, des alternatives de diarrhée et de constipation. Mis au régime, le malade perdit 22 kilos. Trois mois après il ne toussait plus. M. Leven cite bien d'autres exemples encore. (*La dyspepsie*, (page 100).

Avec lui nous insisterons sur ce fait que des obèses ne sont que des dyspeptiques inconscients, parce que c'est la dyspepsie elle-même qui est la cause de l'obésité dans ces cas.

Les dyspepsies les plus légères, celles qui ont des manifestations cliniques si frustres que le praticien peut les méconnaître, sont la cause suffisante de variations de poids souvent considérables.

C'est ainsi que l'on reconnaît malades des gens que le vulgaire croit jouir d'une santé florissante. Ce sont des malades qui dépassent de 15 à 20 kilos leur poids physiologique. Leur dyspepsie est discrète. Elle se manifeste seulement par une sensation de pesanteur gastrique après les repas, par la lassitude, l'envie de dormir au cours des digestions, quelques céphalées. A ces malades il faut un changement de régime qui rende normal le fonctionnement de l'appareil nerveux régulateur du poids physiologique.

M. Leven rapporte le cas d'un malade employé à la Préfecture de la Seine (1). Le 1^{er} août 1910 il pesait 72 kilos. Il avait été suralimenté par crainte de la tuberculose. Au mois d'août 1910 un médecin lui montra

1. Obs. 10.

l'erreur de son hygiène alimentaire qui l'avait rendu dyspeptique. Il perdit bientôt 18 kilogrammes.

Il vint consulter le Dr Leveu le 21 février 1911. Il pesait alors 54 kilogrammes. Ce malade était encore un dyspeptique. Par un régime approprié il descendit le 13 octobre 1911 à 49 kilos 500. Depuis, son poids est resté stationnaire. Il a recouvré son poids physiologique. Sa dyspepsie est entièrement guérie. Enfin nous publions à la fin de notre thèse d'autres observations non moins probantes.

En résumé nous dirons que tout individu qui perd son poids physiologique doit commencer à paraître suspect, soit qu'il engraisse soit qu'il maigrisse.

On pourrait nous faire une objection et nous demander comment on reconnaîtra immédiatement qu'un sujet est obèse. Il est des symptômes physiques révélant l'obésité. MM. Castaigne et Rathery les ont signalés dans leur livre (page 227). Il existe également une méthode plus scientifique : c'est celle du Professeur Bouchard. Elle consiste à prendre une unité qui est le kilogramme d'albumine fixe. Cette méthode est également exposée dans le livre du Dr Castaigne ; nous n'insisterons pas. Nous dirons seulement que pour Bouchard le poids de graisse d'un homme de 70 kilos serait de 8 à 9 kilos.

Ces méthodes malgré leur valeur sont très discutables. C'est surtout par les pesées fréquentes et bien interprétées, par la clinique en un mot qu'on dira qu'un sujet est obèse ou non. Il faudra retenir aussi ce fait que l'engraissement pathologique est toujours plus rapide que l'engraissement physiologique.

Un obèse, à quel poids devra-t-on l'arrêter? Comment savoir quand il a atteint son poids physiologique? Là encore on ne peut répondre d'une manière affirmative. C'est seulement quand l'interrogatoire du malade et l'examen clinique vous prouveront que la santé est restaurée que vous serez autorisés à dire que le poids physiologique est atteint et que l'amaigrissement a pris fin. Le problème se pose en somme de la même manière que pour un sujet amaigri ; mais en sens inverse (Obs. 10).

CHAPITRE V

Importance du poids physiologique au cours de l'ictère par rétention. La valeur sémeiologique.

Avec M. Leven nous insisterons particulièrement sur l'importance du poids physiologique au cours de l'ictère par rétention. Au cours du syndrome ictère par rétention caractérisé par la décoloration absolue des matières fécales, existence des pigments biliaires dans les urines, prurit, bradycardie; il a remarqué avec M. Causade, des malades dont le poids ne diminuait pas et d'autres dont le poids augmentait malgré la longue durée de l'ictère.

Dans une de leurs observations le malade fut ictérique pendant six mois (Causade et Leven, Société médicale des hôpitaux de Paris, séance du 26 mars 1909, Observ. n° 7).

On affirme généralement que l'ictère par rétention fait maigrir. L'observation clinique montre que dans ces cas ce n'est pas l'ictère lui-même la cause de l'amaigrissement. Au cours des interventions chirurgicales, à l'autopsie on trouve que l'ictérique qui maigrit est

atteint d'une tumeur maligne, cause de l'amaigrissement. Le diagnostic, dans ces cas, est très difficile. On conçoit, dit M. Leven, l'importance séméiologique de l'étude du poids.

Avec une ration alimentaire constituée par un litre et demi de lait divisée en 5 rations de 300 grammes prises toutes les trois heures, un ictérique par rétention doit conserver son poids pendant tout son séjour au lit.

Souvent même il engraisse ou retrouve tout au moins son poids primitif. Nous citerons une observation ou au cours de l'ictère par rétention chez un jeune homme de 18 ans le diagnostic fut fait grâce à l'étude du poids qui resta stationnaire (Observ. n° 7).

On saura que l'ictère par rétention seul ne fait pour maigrir. Si l'ictérique insuffisamment alimenté maigrit, il est nécessaire d'admettre que la cause de l'ictère est la raison déterminante de l'amaigrissement.

Avec M. Leven on peut donc conclure :

1° Tout ictérique par rétention suffisamment alimenté qui ne maigrit pas n'est pas un cancéreux, quelle que soit la durée de l'ictère et l'âge du sujet.

2° Tout ictérique par rétention suffisamment alimenté qui maigrit est un cancéreux.

Le diagnostic exige une longue patience et des pesées fréquentes. C'est ainsi que M. Leven a pu faire le diagnostic chez un homme de 63 ans.

L'amaigrissement et l'ictère prolongé avaient fait conclure à un cancer. On alimenta le malade, son poids s'éleva graduellement, le diagnostic de cancer fut écarté et le malade guérit complètement.

CHAPITRE VI

Interprétation des pesées

Pour que les renseignements donnés par les pesées fréquentes conservent toute leur valeur, il faut écarter certaines causes d'erreurs. On les trouvera énumérées dans le livre de Castaigne et Rathery (page 246). Nous croyons cependant devoir insister sur quelques-unes.

I. — Tout d'abord il faut se méfier de la quantité des boissons ingérées. Un malade vient vous consulter après son repas, vous le pesez. Trois jours, huit jours après vous le pesez dans des conditions identiques et vous observez une diminution ou une augmentation de 1 à 2 kilos. Vous en cherchez la cause. Or souvent les malades augmentent d'un kilo sans engraissement comme d'autres perdent un kilo sans amaigrissement, parce que spontanément ils ont modifié la quantité des liquides au cours des repas.

II. — De même au cours des sténoses du pylore, suivant que l'estomac est vide ou plein on peut observer d'assez grandes variations. Un foie congestionné peut être la cause des mêmes erreurs.

III. — Nous appellerons spécialement l'attention sur l'hydratation et la déshydratation rapides. Étant au régiment, pendant les marches d'épreuve nous avons observé sur nous-mêmes en quatre jours une diminution de poids de 4 kilogrammes. Ce n'était pas dû à une disparition rapide de la graisse mais bien à une déshydratation rapide. Nous citerons également le cas des jockeys qui perdent 21 livres en huit jours ou même 17 livres en vingt-quatre heures.

Par un mécanisme inverse, en particulier chez les sujets amaigris, on peut observer une hydratation rapide et intense. Elle s'observe même chez des cancéreux comme le prouve le fait suivant : (1) « Dans le service du Dr Galliard à Lariboisière, M. Leven choisit un jour un homme assez maigre pour montrer aux élèves la technique d'un examen de radioscopie gastrique. Ce sujet avait été trouvé mourant de faim dans la rue et ne présentait aucun symptôme morbide net. L'examen radioscopique révéla, — grand étonnement, — un cancer gastrique. Les élèves se refusaient à admettre le diagnostic parce que cet homme avait gagné 3 kilogrammes depuis son entrée à l'hôpital. Il mourut quarante-sept jours après et l'autopsie confirma le diagnostic. »

L'hydratation simple peut donc augmenter le poids des malades. MM. Caussade et Leven ont montré la vérité de cette notion à la Société de Biologie, le 19 mars 1904. Elle a été confirmée par Nobécourt et Merklen (Société de pédiatrie, mars 1906). Ils ont établi leur démon-

1. Société médicale des Hôpitaux, 13 février 1908.

tration en faisant l'étude de la dilution du sang augmentée, en recherchant l'élévation de la pression artérielle et la rétention du chlorure de sodium et de l'azote.

Nous concluons donc :

1) Tout sujet ou tout malade dont le poids augmente ou diminue n'est pas nécessairement un sujet ou un malade qui engraisse ou qui maigrit ;

2) Les pesées doivent toujours être interprétés pour éviter certaines causes d'erreurs trop souvent méconnues ;

3) Une augmentation de poids de quelques kilogrammes peut être observée même chez un cancéreux ;

4) Enfin l'hydratation et la déshydratation expliquent un grand nombre de variations de poids.

OBSERVATIONS

Observation I

Le surmenage ne fait pas maigrir.

X..., propriétaire d'une usine importante. Ce malade a depuis longtemps de graves préoccupations au sujet de ses affaires. Ses ouvriers se sont mis en grève il y a deux ans. A cette époque sa santé a souffert, il dormait peu, mangeait mal, n'ayant pas d'appétit et ayant ses digestions douloureuses. Il faisait beaucoup d'exercice pour oublier ses ennuis et ramener l'appétit. Or depuis ces deux ans il engraisse. Son poids a augmenté de 25 kilogrammes. Il est tout surpris de voir son poids s'élever. Comme il est fort instruit, ayant même lu des livres de physiologie, il ne s'explique pas comment la graisse peut s'accumuler chez lui qui absorbe peu et dépense beaucoup.

Observation II

*La suralimentation peut faire maigrir
ou n'empêche pas l'amaigrissement.*

Tel est le cas d'un malade qui perdit 20 kilogrammes en quatre mois. Ce malade prenait une alimentation très abondante consistant en pâtes, farineux, bouillies et crèmes. Malgré un séjour

prolongé au lit, puisqu'il n'a pas quitté le lit pendant six mois, ce malade a maigri. Et pourtant il prenait à chaque instant de la nourriture, car il avait des fringales douloureuses et perpétuelles et la souffrance ne cédaît qu'après l'absorption des aliments. Cependant nous dirons qu'il restait au lit parce qu'il était neurasthénique et il avait une asthénie telle qu'il ne pouvait tenir debout.

C'est ainsi que la dyspepsie et le nervosisme concourent à l'amaigrissement.

Observation III

Les dyspepsiques maigres peuvent encore maigrir.

Il s'agit d'un malade âgé de 52 ans. Il souffrait depuis dix ans d'une dyspepsie caractérisée par des accès douloureux très intenses qui duraient de trois à sept heures. Il ne s'alimentait plus tant il redoutait les crises dont la violence augmentait chaque semaine.

Ce malade déjà maigre a maigri comme l'indiquent les chiffres:

Taille :	1 m. 62.
4 novembre 1907	60 k.500
26 novembre	59
7 janvier 1908	54
18 février 1908	53 800
24 juin 1900	54 600

Depuis lors le malade s'alimente copieusement. Son poids reste fixe, il est guéri,

Observation IV

Amaigrissement favorable chez les dyspeptiques maigrés.

G. LEVEN (*Presse médicale*, n° 71, 2 sept. 1908).

Il s'agit d'un malade âgé de 35 ans, dyspeptique et souffrant de troubles réflexes cardiaques. Il vit son poids tomber peu à peu de 86 kilogrammes à 79 kgr. 100. Sa taille était de 1 m. 88.

2 décembre 1904	86 k.	
21 décembre	83	500
26 janvier 1905.	83	200
23 février.	82	600
23 mars	80	300
19 mai	80	300
28 septembre	80	300
26 octobre	79	200

On eut beaucoup de peine à rassurer ce malade car il avait eu une coxalgie dans son enfance et on lui avait souvent dit que s'il maigrissait la tuberculose guérie ferait sa réapparition.

Observation V

Amaigrissement favorable chez les dyspeptiques maigres.

G. LEVEN (*Presse médicale*, n° 71, 2 sept. 1908).

Un médecin militaire vient en 1907 consulter le Dr Leveu. Il souffrait de troubles dyspeptiques inquiétants, s'alimentait difficilement, avait des selles diarrhéiques depuis trois mois. Son alimentation était fort réduite à cause de la gastralgie qu'il re-

aloutait et de l'entérite qu'il espérait combattre ainsi, Il mesurait 1 m. 70.

Les pesées successives donnaient les renseignements suivants :

Juillet 1907	71 k.
7 novembre	63 500
16 novembre	63
26 novembre	61 200
6 décembre	60
17 décembre	59 400
31 décembre	58 600
7 janvier 1908	58 600
19 janvier	58 100
1 ^{er} février	58 100
18 février	57 400
9 mars	56 600
2 avril	56 800
16 mai	58 100
21 juillet	56 800

Dès le mois de décembre l'état de ce malade s'était amélioré, les digestions étaient normales, la diarrhée avait pris fin, l'alimentation était abondante. La guérison s'est maintenue.

Observation VI

G. LEVEN (*La dyspepsie*, page 97).

Il s'agit d'un malade dont la bronchite, la dyspnée, ont guéri en même temps que l'obésité. M. A..., sous chef de gare, vint le 18 juillet 1900 à la consultation des Enfants-Assistés. Il était âgé de 44 ans.

Il était gros, pesant 95 kilos. Son teint rouge, violacé, ses lèvres presque noires, sa démarche difficile, sa parole saccadée, tout son aspect dénotaient des troubles respiratoires et circulatoires intenses.

Il toussait depuis quinze ans autant l'été que l'hiver, ses bronchites se succédaient, l'expectoration était abondante. Il avait une dyspnée continue si forte que parfois il n'osait traverser seul les voies du chemin de fer. En outre il avait une grande dilatation d'estomac, de la gastralgie, des alternatives de diarrhée et de constipation, des migraines et des vertiges très violents.

L'auscultation du poumon révélait l'existence de très nombreux râles humides, sibilants et ronflants. Le cœur et les reins étaient normaux.

M. Leven lui prescrivit un traitement pour le faire maigrir, traitement basé essentiellement sur le repos et un régime alimentaire convenable pour tout dyspeptique, qu'il soit obèse ou maigre.

Le malade se reposa complètement pendant un mois. Après trois mois de traitement il ne toussait plus, n'avait plus de râles dans les poumons, n'avait plus de dyspnée.

Au bout de six mois il était guéri. Il avait perdu 22 kilogrammes. Il pouvait courir.

Cette guérison se maintient depuis quatorze ans.

Observation VII

G. LEVEN (*La dyspepsie*, page 193).

Un jeune homme de 18 ans entre à l'hôpital pour ictère consécutif à des excès de table et de boissons. A la suite de troubles gastro-intestinaux qui avaient marqué nettement le début

du mal, il avait commencé à maigrir. L'amaigrissement était visible à la flaccidité des téguments et du facies émacié. Il était justifié par les troubles gastro-intestinaux, par les vomissements, par la fièvre et par l'alimentation restreinte.

A son entrée dans le service il était au quinzième jour de sa maladie et présentait tous les signes classiques de l'ictère par rétention. Il fut aussitôt soumis au régime lacté exclusif.

Le 22 ^e jour il pèse	47 k. 500
Le 27 ^e —	47 600
Le 30 ^e —	48 700
Le 34 ^e —	49
Le 40 ^e —	49 300
Le 47 ^e —	51

A partir du quarante-septième jour le poids s'est maintenu sans variations. L'augmentation de poids survient donc malgré la durée de la maladie, malgré la diarrhée à certains jours, malgré la persistance de l'ictère.

Observation VIII

G. LEVEN (*La dyspepsie*, page 194).

Nous citerons le cas d'un malade dont l'ictère fut observé durant dix mois. Ce sujet engraisa de 2 kilogrammes étant soumis au régime lacté exclusif. Or ce malheureux dont l'ictère ne diminuait pas fut opéré et mourut. L'exploration chirurgicale ne révéla pas l'existence d'un néoplasme sur le trajet des voies biliaires. La cause de l'ictère par rétention demeura inconnue.

Observation IX

WEID MITCHELL

B. C., âgée de 12 ans, a eu la coqueluche à l'âge de 3 ans.

En 1878 elle se refroidit et se met à tousser, la toux avec expectoration dure trois mois environ ; elle reste faible et amaigrie après cette maladie. L'été et l'hiver qui suivent la maigreur s'accroît surtout au visage. Ce fait attire l'attention des parents qui en 1879 constatent le désaccord entre l'amaigrissement de la moitié supérieure et de la moitié inférieure du corps. Elle a des sueurs très abondantes le jour et la nuit, sueurs qu'aucun traitement ne modifie. Depuis elle a grandi, son poids s'est accru malgré la persistance de cet amaigrissement localisé. Elle a fait de bonnes études. Elle est plus active et plus vigoureuse que ses camarades.

État actuel. — Son teint est clair. Elle paraîtrait normal s'il n'y avait pas d'amaigrissement. L'appétit, le sommeil sont bons ; estomac et intestin fonctionnent bien. Pas de rachitisme.

Il y a une absence complète de graisse de la moitié supérieure du corps, surtout remarquable au visage dont l'apparence est celle d'une figure de vieille femme.

Les bras sont dépourvus de tout tissu adipeux ; il en est de même pour la poitrine. Les masses musculaires sont bien développées ; le squelette est fortement constitué. Sa force est suffisante pour lui permettre de se suspendre par les bras ; les cheveux, les ongles ne sont pas altérés.

Aucune déviation de la colonne vertébrale. Les mouvements du tronc sont souples, aisés, faciles. Les réflexes sont normaux. Le réflexe abdominal est également normal.

Elle n'a pas de réflexe mentonnier.

Aucune secousse fibrillaire.

Sensibilité intacte sauf aux deux avant-bras où sur le bord cubital il y a de l'hyperesthésie. Elle localise bien les contacts. Les réactions aux courants galvanique et faradique sont normales. Les urines ne renferment ni sucre ni albumine.

Observation X

G. LEVEN. *In extenso.*

De 1 à 10 ans. Enfant chétif. Jeunesse triste et douloureuse. Rougeole, coqueluche, fièvres intermittentes. La famille habite à L... le médecin ordonne le soleil. Le père, professeur au collège, obtient sa nomination à A...

10 à 15 ans. Pleurésie. Bronchite. Amygdalite. Trachéite. Défense de jouer « parce que le jeu donne chaud ». Nervosisme. Imagination ardente.

16 à 20 ans. Coxalgie. On le place dans une gouttière de Bonnet. Fonctions digestives régulières, bon moral. Etudes suspendues pendant deux ans par crainte de méningite tuberculeuse possible. A 19 ans il entre dans l'administration. Mauvais estomac caractérisé par la perte de l'appétit, lourdeur après le repas, vomissement. On ordonne comme boisson le lait.

Puis la vie change brusquement. Il est nommé sous-préfet à Alger. Il mène une vie intense qui lui plaît. En quinze jours les troubles de l'estomac disparaissent.

De 20 à 26 ans. Il se marie, mène une vie très régulière. Il ne souffre de rien ; mais tout le fatigue. Une chute sur le genou fait qu'il reste quatre mois au lit. Le médecin parle de tuber-

culose possible. Mais il mange bien, l'appétit augmente, pas de troubles apparents de l'estomac.

A 26 ans, pneumonie très grave. L'Algérie ne lui plaît plus comme autrefois et il décide de rentrer en France malgré l'avis de deux médecins dont l'un professeur à la Faculté de Bordeaux déclara : « Si vous habitez Paris vous mourrez d'une phtisie galopante au bout de six mois. »

A Paris.

1899. — Nouvel accident au genou gauche, trois mois de lit, pointes de feu. Le médecin parle encore de tuberculose possible. Toujours nerveux, de l'enthousiasme ou des colères. Pas de troubles apparents de l'estomac.

1903. — Le malade a un appétit boulimique. Il a alors 31 ans. Effrayé il va consulter un médecin : On lui répond : « C'est l'organisme qui se défend, ne vous plaignez pas. » Il commence à engraisser et se réjouit.

Puis surviennent des insomnies, des prostrations jusqu'à 5 heures du soir. Nervosité. Ni douleurs, ni vomissements. Il ne pense pas avoir de troubles stomacaux, le médecin n'y pense pas non plus. Il lui conseille de bien manger et de se coucher de bonne heure.

1904-1909. — 32 37 ans.

Les poissons, les œufs lui répugnent. Il se nourrit de haricots, légumes. Il engraisse. En 1907, son dos s'arrondit, le ventre grossit, les membres restent grêles, la démarche devient lourde avec essoufflement rapide. A le voir de dos on lui donnerait 50 ans. Le moindre effort intellectuel devient pénible. Ni douleurs, ni vomissements, il est toujours persuadé que son estomac fonctionne bien. Insomnies par périodes de quinze jours.

1909. — Pour raisons administratives, ses heures de repas sont changées :

A 8 heures, petit déjeuner, un potage.

A 10 heures, déjeuner copieux.

A 4 heures, chocolat et pain.

A 6 heures, dîner copieux.

Il a constamment faim.

1910. — 38 ans.

Mai. — Troubles cardiaques et éructations pénibles.

Juillet. — Il passe un mois au bord de la mer. Constipation, éructations très fréquentes. Le moral reste bon. Il fait sans fatigue de longues marches.

Août. — Les troubles cardiaques reviennent plus souvent. La doctoresse P. lui dit qu'il mange trop et qu'il mène une vie trop sédentaire. Elle le met au régime. Aucune lésion cardiaque.

Le 18 août le poids est de 72 kilos, la taille est 1 m. 72.

Septembre, poids	68 k.
8 octobre	65 500
23 octobre.	64 200
30 octobre.	62 600

Les forces commencent à diminuer.

En novembre, le malade effrayé craint la tuberculose. Il va consulter le Dr W. qui ordonne la suralimentation.

5 novembre	63 k. 500
12 novembre	64
19 novembre	64

Les forces disparaissent ; plus le malade mange et plus il se sent faible.

Il va à la clinique du Dr A. qui lui dit: « Vos poumons sont malades », et pourtant il ne tousse pas, ne crache pas, n'a de fièvre.

4 décembre 1910. — Il voit le Dr C. qui fait le diagnostic de dilatation légère de l'estomac. Nouveau régime. Les forces ne reviennent pas.

28 décembre 1910. — Aucune amélioration. Le Dr C. fait continuer le régime. La faiblesse augmente.

1911. — 39 ans.

Le malade ne peut continuer ses occupations. Le 15 janvier une grippe le met huit jours sur le lit. On lui donne de la sychnine.

16 février 1911. Il ne peut marcher. Il peut à peine causer. Poids 55 k. 300.

Il va voir le Dr P. qui diagnostique : « lésion du pancréas » et l'adresse au Dr Leven :

Celui-ci après examen lui déclare qu'il a des troubles dyspeptiques et qu'il guérira, mais en maigrissant peut-être encore. Trois ans ont passé; le sommeil est revenu, les forces aussi. Il a repris ses occupations, le moral est excellent. Il semble au malade qu'il sort d'une fontaine de Jouvence. Le malade a continué à maigrir jusqu'à ce qu'il ait atteint son poids physiologique.

1 ^{er} août 1910.	72 k.
12 septembre.	68 500
30 septembre.	65 300
4 octobre	65 500
30 octobre.	63 600
5 novembre	63 500
12 novembre	64
19 novembre	64 100

25 novembre	63	500
24 décembre	60	600
25 janvier 1911	58	200
16 février	55	300
25 février	54	150
24 février	53	800
3 mars	54	100
24 mars	50	200
31 mars	50	600
14 avril	50	950
21 avril	50	250
6 mai	51	500
2 juin	49	500
13 octobre	49	500
15 décembre	id.	
mars 1912	id.	
juillet 1912	id.	

Un examen radioscopique montra l'intégrité de tous les organes. Le poids est redevenu fixe. La dyspepsie est guérie. Il a recouvré sa maigreur physiologique.

CONCLUSIONS

I. — Il existe pour chaque individu sain et normalement développé un poids physiologique qui se caractérise par sa fixité. Ce poids reste constant pendant dix, quinze, vingt ans et même davantage, la plus grande partie de la vie. Il est variable avec chaque individu. Il ne correspond pas à la taille. Il n'est pas obtenu avec les méthodes courantes employées.

II. — Ni la suralimentation, ni la sous-alimentation, ni le surmenage, ni le repos physique n'influencent le poids physiologique. Ce poids est inférieur au nombre de centimètres de la taille au-dessus d'un mètre. Le fait est prouvé en particulier par les statistiques militaires.

III. — Ce poids physiologique est parfois minime. Il paraît être réglé par un système régulateur du poids qui aurait son siège dans le système nerveux central.

IV. — Tout sujet dont le poids s'abaisse au-dessous de son poids physiologique doit être considéré comme suspect. C'est généralement le premier indice d'un état pathologique. De même toute augmentation de poids au-

dessus du poids physiologique n'est pas un signe de santé florissante. L'obésité cache le plus souvent un état morbide.

V. — La connaissance et la fixité du poids physiologique ont une grande importance séméiologique dans l'étude de tous les cas cliniques et spécialement dans l'ictère par rétention.

VI. — Pour que ces notions conservent leur juste valeur, il faut dans les pesées éviter les causes d'erreurs due en particulier aux boissons, à l'hydratation et à la deshydratation. En un mot il faut savoir interpréter les pesées.

Vu : le Président de la thèse
GILBERT

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- LEVEN (G.). — *Thèse*, 1901, Paris, L'obésité.
- *Journal médical français*, 15 mars 1914, p. 101.
 - De l'obésité, 1901, p. 80.
 - La dyspepsie, 1913, p. 175.
 - Les dyspepsies maigres (*Presse médicale*, n° 71, 2 sept 1908).
- LEVEN (G.) et BARRET. — Société médicale des Hôpitaux, 13 février 1908.
- LEVEN (G.). — Radioscopie gastrique et maladies de l'estomac.
- CAUSSADE et LEVEU. — Société de Biologie, 19 mars 1904.
- LEVEN (G.). — De l'utilité d'une alimentation d'épreuve dans les recherches sur la nutrition (*Comptes Rend. Société Biologie*, 30 mars 1901).
- CAUSSADE et LEVEU. — Société médicale des Hôpitaux, 26 mars 1909.
- LEVEN (M.). — La Névrose. Paris, 1887.
- RAFFRAY (A.). — Les déséquilibres du système nerveux, Paris, 1903.
- NOORDEN (V.). — *Die Fettsucht Wien.*, 1909.
- BOUCHARD. — Maladies par ralentissement de la nutrition, p. 119.
- SABOURIN. — *Journal des praticiens*, p. 103.
- HECKEL. — Obésité 1911, p. 450.
- *Journal médical français*, 15 mars 1914, p. 118.

WORTHINGTON. — De l'obésité, 1877, p. 252.

JAYAL. — *Thèse*, 1901, de L'obésité.

BONNEFIN. — *Thèse*, 1860.

BÉZIEL. — *Thèse*, 1864. Etude sur les atrophies musculaires dans leurs rapports avec le rhumatisme articulaire aigu.

EBSTEIN. — De l'obésité et son traitement, trad. fr., Paris, 1883.

VERQUES. — Adipose sous-cutanée dans ses rapports avec les atrophies musculaires. *Thèse Paris*, 1878.

WEIR MITCHELL. — *American journal of medical sciences*, p. 103. Vol. XC, juillet 1885.

LABBÉ (M.). — *Journal médical français*, 15 mars 1914, p. 103.

